

Déclaration des ressources et dépenses
Statement of Resources and Expenses

| | | |
|-----------------------|---------------------------|-------------------|
| NOM DU PARENT GARDIEN | NOM DU PARENT NON GARDIEN | NUMÉRO DE DOSSIER |
|-----------------------|---------------------------|-------------------|

(À l'exception de votre signature, veuillez écrire toutes les réponses en caractères d'imprimerie. Utilisez seulement de l'encre bleue ou noire.)

REMARQUE : Vous devez fournir votre numéro de sécurité sociale à la Division des pensions alimentaires (DCS). La DCS utilisera ce numéro pour faire appliquer l'ordonnance de pension alimentaire, conformément au Titre IV-D de la loi sur la sécurité sociale (Social Security Act).

I. Informations personnelles

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| NOM COMPLET | | DATE DE NAISSANCE | NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À DOMICILE | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL | NUMÉRO DE MESSAGERIE/TÉLÉPHONE PORTABLE | |
| RUE OU BOÎTE POSTALE | | ÉTAT MATRIMONIAL ACTUEL <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) | |
| VILLE | ÉTAT | CODE POSTAL | NOM DE L'ÉPOUX/SE / AUTRE ADULTE DU FOYER |
| LIEU DE MARIAGE (VILLE/COMTÉ/ÉTAT) | | | DATE DU MARIAGE |
| NOMBRE D'ENFANTS VIVANT CHEZ MOI | NOMBRE D'ADULTES VIVANT CHEZ MOI | ADRESSE E-MAIL | |

II. Informations professionnelles

A. Vos informations d'emploi

| | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|-----------------------|
| PROFESSION | SITUATION D'EMPLOI ACTUELLE <input type="checkbox"/> Employé(e) <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Indépendant(e) | | |
| NOM DE L'EMPLOYEUR | | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR | |
| RUE OU BOÎTE POSTALE DE L'EMPLOYEUR | | VILLE | ÉTAT CODE POSTAL |
| NOM DU SYNDICAT | RUE OU BOÎTE POSTALE DU SYNDICAT VILLE ÉTAT CODE POSTAL | | |

| II. Informations professionnelles (suite) | | | |
|--|---|---|--|
| A. Vos informations de travail indépendant | | | |
| REMARQUE : veuillez joindre une copie de votre dernière déclaration fiscale de revenu en tant que preuve de revenu et de dépenses. | | | |
| NOM DE L'ENTREPRISE | | RUE OU BOÎTE POSTALE DE L'ACTIVITÉ VILLE ÉTAT CODE POSTAL | |
| TYPE D'ACTIVITÉ <input type="checkbox"/> Société <input type="checkbox"/> Partenariat <input type="checkbox"/> Propriété unique | | NUMÉRO D'IDENTIFIANT FISCAL DE L'ACTIVITÉ | |
| COMPTES BANCAIRES D'ENTREPRISE CHEZ | | | |
| REVENU D'ENTREPRISE ANNUEL BRUT \$ | | REVENU D'ENTREPRISE ANNUEL NET \$ | |
| C. Informations d'emploi de l'époux/se / autre adulte actuel(le) du foyer | | | |
| NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE | PROFESSION | NOM DE L'EMPLOYEUR | |
| RUE OU BOÎTE POSTALE DE L'EMPLOYEUR | VILLE | ÉTAT | CODE POSTAL |
| | | | ADHÉSION À UN SYNDICAT |
| C. Informations de travail indépendant de l'époux/se / autre adulte actuel(le) du foyer | | | |
| REMARQUE : veuillez joindre une copie de la dernière déclaration fiscale de revenu de votre coinjoint(e) en tant que preuve de revenu et de dépenses. | | | |
| NOM DE L'ENTREPRISE | | RUE OU BOÎTE POSTALE DE L'ACTIVITÉ VILLE ÉTAT CODE POSTAL | |
| TYPE D'ACTIVITÉ <input type="checkbox"/> Société <input type="checkbox"/> Partenariat <input type="checkbox"/> Propriété unique | | NUMÉRO D'IDENTIFIANT FISCAL DE L'ACTIVITÉ | |
| COMPTES BANCAIRES D'ENTREPRISE CHEZ | | | |
| REVENU D'ENTREPRISE ANNUEL BRUT \$ | | REVENU D'ENTREPRISE ANNUEL NET \$ | |
| E. Assurance maladie/dentaire des personnes à charge | | | |
| MALADIE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE MALADIE | | |
| DENTAIRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DENTAIRE | | |
| NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE D'ASSURANCE MALADIE | | NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE D'ASSURANCE DENTAIRE | |
| | | | |
| III. Informations sur les revenus et les biens | | | |
| A. Revenu combiné de toutes les sources du mois précédent | | | |
| MON SALAIRE \$ | REVENU D'ENTREPRISE \$ | REVENU DU/DE LA CONJOINT(E) \$ | REVENU DES AUTRES ADULTES DU FOYER \$ |
| AUTRE REVENU \$ | REVENU TOTAL BRUT \$ | | REVENU TOTAL NET \$ |

III. Informations sur les revenus et les biens (suite)**B. Revenu brut combiné de toutes les sources des 12 derniers mois**

| MOIS | MON REVENU BRUT | REVENU BRUT DE L'ÉPOUX/SE / AUTRE ADULTE | SOURCE DU REVENU (NOM DE L'EMPLOYEUR, ETC.) |
|-----------|-----------------|--|---|
| Janvier | \$ | \$ | |
| Février | \$ | \$ | |
| Mars | \$ | \$ | |
| Avril | \$ | \$ | |
| Mai | \$ | \$ | |
| Juin | \$ | \$ | |
| Juillet | \$ | \$ | |
| Août | \$ | \$ | |
| Septembre | \$ | \$ | |
| Octobre | \$ | \$ | |
| Novembre | \$ | \$ | |
| Décembre | \$ | \$ | |

C. Obligations d'épargne

| TYPE D'OBLIGATION D'ÉPARGNE | VALEUR NOMINALE | TYPE D'OBLIGATION D'ÉPARGNE | VALEUR NOMINALE |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|
| | \$ | | \$ |
| | \$ | | \$ |
| | \$ | | \$ |
| | \$ | | \$ |

D. Comptes bancaires personnels

| TYPE DE COMPTE | NOM ET EMPLACEMENT DE LA BANQUE | NUMÉRO DE COMPTE | SOLDE À LA FIN DU MOIS DERNIER |
|-----------------------|---------------------------------|------------------|--------------------------------|
| Compte courant | | | \$ |
| Compte d'épargne | | | \$ |
| Coopérative de crédit | | | \$ |
| Autre | | | \$ |

E. Actions et obligations

| DESCRIPTION | NOMBRE D'ACTIONS | VALEUR NOMINALE |
|-------------|------------------|-----------------|
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |

| III. Informations sur les revenus et les biens (suite) | | | | | |
|---|---|-------|---|--------------------------------|------------------|
| F. Biens immobiliers (acquis ou en cours d'achat, dont le foyer) | | | | | |
| ADRESSE OU DESCRIPTION JURIDIQUE | | | ANNÉE DE L'ACHAT | TITRES DÉTENUS PAR | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| G. Biens personnels (acquis ou en cours d'achat) | | | | | |
| TYPE DE BIEN | MARQUE | ANNÉE | NUMÉRO D'IMMATRICULATION ET DESCRIPTION | CONTRAT DÉTENU PAR | MONTANT DÛ |
| Voiture | | | | | \$ |
| Voiture | | | | | \$ |
| Bateau/moteur | | | | | \$ |
| Bateau/moteur | | | | | \$ |
| Camping-car | | | | | \$ |
| Autre | | | | | \$ |
| Autre | | | | | \$ |
| Autre | | | | | \$ |
| Autre | | | | | \$ |
| Autre | | | | | \$ |
| Autre | | | | | \$ |
| Autre | | | | | \$ |
| H. Coffre de banque | | | | | |
| LIEU DU COFFRE | | | DESCRIPTION DU CONTENU | VALEUR TOTALE | |
| | | | | \$ | |
| | | | | \$ | |
| I. Police d'assurance vie | | | | | |
| NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE | | | | | VALEUR DE RACHAT |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| J. Comptes de retraite | | | | | |
| TYPE DE COMPTE | NOM ET EMPLACEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DE COMPTES | | NUMÉRO DE COMPTE | SOLDE À LA FIN DU MOIS DERNIER | |
| Compte de retraite | | | | \$ | |
| Compte de retraite | | | | \$ | |
| Autre | | | | \$ | |

| IV. Dépenses mensuelles | |
|---|----|
| A. Logement | |
| Loyer ou hypothèque | \$ |
| Taxes et assurance (si elles ne sont pas incluses dans le paiement ci-dessus) | \$ |
| Total mensuel pour le logement (total des deux lignes ci-dessus) | \$ |
| B. Commodités | |
| Chauffage (gaz et fioul) | \$ |
| Électricité | \$ |
| Eau, drainage, ordures ménagères | \$ |
| Téléphone | \$ |
| Autre (Veuillez préciser) | \$ |
| Total mensuel pour les commodités (total des cinq lignes ci-dessus) | \$ |
| C. Nourriture | |
| Nourriture pour _____ personnes | \$ |
| Repas consommés en dehors du foyer | \$ |
| Autre (Veuillez préciser) | \$ |
| Total mensuel pour la nourriture (total des trois lignes ci-dessus) | \$ |
| D. Garde d'enfant | |
| Garderie/garde pour _____ enfants | \$ |
| Vêtements | \$ |
| Frais scolaires pour _____ enfants | \$ |
| Paiement de pension alimentaire pour les enfants qui n'habitent pas chez moi | \$ |
| Autres dépenses relatives aux enfants (veuillez préciser) : | \$ |
| Total mensuel pour la garde des enfants (total des cinq lignes ci-dessus) | \$ |
| E. Transport | |
| Traite et location-bail du véhicule | \$ |
| Assurance | \$ |
| Permis | \$ |
| Carburant et maintenance générale | \$ |
| Stationnement | \$ |
| Autre (Veuillez préciser) | \$ |
| Total mensuel pour le transport (total des six lignes ci-dessus) | \$ |

| IV. Dépenses mensuelles (suite) | | |
|--|-------------------|---------------|
| F. Vêtements | | |
| Vêtements professionnels | | \$ |
| Autres vêtements | | \$ |
| Total mensuel pour les vêtements (total des deux lignes ci-dessus) | | \$ |
| G. Soins de santé | | |
| Primes d'assurances maladie et dentaire | | \$ |
| Soins médicaux, dentaires, orthodontiques et oculaires non couverts | | \$ |
| Autres soins de santé non couverts (veuillez préciser) | | \$ |
| Total mensuel pour les soins de santé (total des trois lignes ci-dessus) | | \$ |
| H. Frais personnels | | |
| Soins capillaires/personnels | | \$ |
| Éducation | | \$ |
| Livres, journaux et magazines | | \$ |
| Autres (veuillez préciser) | | \$ |
| 5. Total mensuel des frais personnels (total des quatre lignes ci-dessus) | | \$ |
| I. Autres dépenses et paiements mensuels périodiques | | |
| VERSÉ À | SOLDE DE LA DETTE | SOLDE MENSUEL |
| 1. | \$ | \$ |
| 2. | \$ | \$ |
| 3. | \$ | \$ |
| 4. | \$ | \$ |
| 5. | \$ | \$ |
| 6. | \$ | \$ |
| 7. | \$ | \$ |
| 8. | \$ | \$ |
| 9. | \$ | \$ |
| 10. | \$ | \$ |
| 11. Total des autres dépenses et paiements mensuels périodiques (total des lignes 1 à 10 ci-dessus) | \$ | \$ |

IV. Dépenses mensuelles (suite)**J. Total des dépenses mensuelles**

Ajoutez tous les totaux des sections A à I des Dépenses mensuelles

\$

Ma portion du total des dépenses mensuelles indiqué à la ligne ci-dessus (le montant de la ligne ci-dessus moins toute contribution/aide provenant de toute personne ou entité autre que mon/ma conjoint(e))

\$

V. Déclaration

Je déclare sous peine de parjure, conformément aux lois de l'État de Washington, avoir fourni des informations qui sont, à ma connaissance, exactes, correctes et complètes. Je suis conscient(e) que l'État de Washington peut me poursuivre en justice pour fraude en cas de fausse déclaration intentionnelle. Je suis conscient(e) que le Département des services de santé et des services sociaux peut vérifier mes déclarations.

SIGNATURE

DATE